FACULTE DE MEDECINE

Année 1919 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Sur les Déterminations Gastro-Intestinales & Péritonéales de l'Épidémie de Grippe de 1918-1919

PAR

Jules-Adolphe DREY

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Président : M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — Paris (VI^e^ A^t^)

PARIS

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	Auguste BROCA.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N. / TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE / WIDAL. / GILBERT / CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPR ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE. / Pierre DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU / LEJARS.. / HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR / COUVELAIRE. / RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
ALGLAVE	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	LABBE Henri	MOCQUOT	SCHWARTZ (Anselme)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TANON
CHAMPY	LECENE	NOBECOURT	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OKINCZYC	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	ZIMMERN
GREGOIRE		RETTERER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinion émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être consitérées comm propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni impro bation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR ADOLPHE DREY

A MA MÈRE ET A MA SŒUR

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

AVANT-PROPOS

Cette thèse a été inspirée par M. Flandin, chef de clinique médicale à l'*Hôpital Saint-Antoine*. Étudiant lyonnais et terminant nos études à Paris, nous avons trouvé près de lui le meilleur accueil. Ses conseils nous ont été précieux et nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici.

Notre gratitude va également à MM. Stevenin, chef de clinique médicale infantile, et Monsaingeon, chef de clinique chirurgicale infantile à l'*Hôpital des Enfants Malades* ; à M. Tavernier, professeur agrégé à la *Faculté de Médecine de Lyon*, qui, avec une grande obligeance, ont mis divers documents à notre disposition et nous ont guidé dans la rédaction de ce travail.

M. le Professeur Chauffard a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et nous communiquer des statistiques personnelles : nous lui sommes sincèrement reconnaissant de l'intérêt qu'il nous a témoigné.

Sur les déterminations gastro-intestinales et péritonéales de l'épidémie de grippe de 1918-1919

INTRODUCTION

L'impression globale des cliniciens est que les troubles gastro-intestinaux ont été rares au cours de la dernière épidémie de grippe, et que celle-ci n'a revêtu que bien plus rarement encore la forme gastro-intestinale typique autrefois décrite. Ce jugement doit subir quelques fluctuations, selon que l'on s'appuie sur les statistiques de telle ou telle localité, ou que l'on envisage des époques différentes de l'épidémie ; car celle-ci a présenté des variations topographiques et des variations dans le temps ; pas tout à fait comparable sur son déclin à ce qu'elle était en mai et en été, ou en septembre et octobre 1918.

Les syndromes cliniques que nous allons envisager sont donc relativement rares vis-à-vis de la grande extension des autres déterminations (celles-ci surtout broncho-pulmonaires, plus rarement nerveuses fébriles).

D'un côté, la variabilité du génie épidémique, de l'autre la précision plus grande que les méthodes modernes ont apporté dans le diagnostic, sont deux facteurs qui expliquent la constatation d'ensemble énoncée plus haut. Le virus grippal est capricieux. Mais aussi nous sommes mieux armés, depuis un quart de siècle, pour démêler l'enchevêtrement des « trajectoires épidémiques » qui se croisent en un lieu donné, pour distinguer les manifestations proprement grippales de celles qui appartiennent aux nombreuses infections concomitantes, épidémiques elles aussi, qui coexistent avec la grippe dans le même rayon restreint. Les infections typhoïdes et paratyphoïdes A et B, les dysenteries bacillaires peuvent en imposer pour des déterminations abdominales de la grippe, et les historiens des épidémies précédentes ont bien probablement élargi quelque peu à tort le cadre de celles-ci aux dépens de celles-là.

Toutefois, la division schematique en trois grandes formes des symptômes de l'influenza ne paraît pas devoir être modifiée à la suite des enseignements de la dernière pandémie. Les symptômes gastro-intestinaux décrits classiquement par les auteurs n'ont pas, au point de vue de l'identification des réapparitions successives de la grippe, l'importance de signes tels que la céphalée, la courbature, les frissons, la fièvre brutale, l'asthénie immédiate, symptômes « séculaires » de l'influenza ; néanmoins, bien que peu fréquents et peu caractéristiques, leur existence au cours de la dernière épidémie a été reconnue. De plus, on a observé des syndromes

d'ordre péritonéal qui ne manquent pas d'intérêt, sans être absolument nouveaux.

Nous diviserons notre étude de la façon suivante :

1° les manifestations à type de catarrhe gastrique et intestinal ;

2° les grippes à syndrome péritonéal, celles-ci comprenant (division purement schématique) deux grandes classes :

a) des états cliniques « à grands fracas » et à évolution relativement bénigne, formant un groupe mal défini ;

b) des cas relevant manifestement de lésions péritonéales et surtout appendiculaires ; l'« orage péritonéal » traduit des lésions séro-muqueuses d'intensité variable portant sur l'appendice, pour lequel la grippe paraît être un facteur important d'infection : notion presque classique d'ailleurs.

CHAPITRE PREMIER

La grippe à forme gastro-intestinale

Les symptômes gastro-intestinaux de la grippe peuvent se ranger commodément dans quatre syndromes : les syndromes d'embarras gastrique banal, dysentériforme, cholériforme, typhoïdique. Mais cette énumération pourrait faire croire à une grande richesse de signes : il n'en est rien ; il s'agit d'ensembles symptomatiques peu étoffés, assez diffus, et de constatation peu fréquente ; à eux seuls, ils n'auraient qu'une valeur diagnostique médiocre ; la division que nous adoptons est toutefois commode pour les cataloguer, quand on a fait les sérieuses restrictions nécessaires.

Nous trouvons la relation de ces symptômes dans les compte-rendus de l'importante séance du 1er octobre 1918 à l'*Académie de Médecine*, et de celles de la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (les 11, 18, 25

octobre, le 29 novembre, le 20 décembre 1918, le 7 février 1919 principalement) ; les communications de MM. Netter, Wurtz et Bezançon, Florand, Joltrain et Baufle, Merklen, Leclerc, Lenoble, résument la physionomie qu'a revêtue la grippe à Paris, en Bretagne, à Saint-Lô, à Brest ; et, en ce qui concerne les troubles gastro-intestinaux, nous condenserons les résultats de leurs observations dans la description ci-dessous.

I. — Les Symptômes gastro-intestinaux dans la grippe ordinaire

Il est assez commun, cours de la grippe, d'observer des signes tels que : l'état saburral modéré des voies digestives, avec langue un peu blanche mais humide ; un état nauséeux, les vomissements du début se montrant parfois comme dans nombre d'infections graves, et une intolérance gastrique d'intensité variable s'installant à leur suite et persistant plus ou moins longtemps ; de plus, il n'est pas rare de noter une sensibilité douloureuse du creux épigastrique, très vive chez certains malades, et exagérée par la pression. Des troubles intestinaux peuvent s'y associer ; la constipation, habituelle au début, peut faire place à une diarrhée modérée. En général, ces symptômes ne sont pas suffisamment groupés pour occuper un premier plan caractéristique. Ce sont les autres signes, non abdominaux : frisson initial avec malaise, céphalalgie violente, rachialgie et asthénie, le tout très brusque, avec souvent un catarrhe

des voies aériennes, qui font faire le diagnostic de grippe.

L'intensité des symptômes abdominaux est assez grande dans les deux observations suivantes du service du professeur CHAUFFARD :

OBSERVATION I

S..., Georges, 17 ans, entré le 17 septembre 1918 pour des douleurs qui l'ont pris brusquement cinq jours auparavant dans la région épigastrique et la région de l'hypochondre droit.

Ces douleurs sont survenues brusquement à 9 h. 1/2 du matin, alors qu'il travaillait. Vomissements dans la soirée et le lendemain qui ont soulagé le malade ; il n'avait eu auparavant aucun trouble gastrique.

A l'inspection : dyspnée. A la palpation : estomac très douloureux. Gargouillement intense dans la fosse iliaque droite. Diarrhée au début ; depuis le malade n'est pas allé à la selle. Langue très sèche. Auscultation : poumon droit : souffle tubaire, matité.

Ponction exploratrice : le 17, rien ; le 18, lame de liquide.

A l'entrée, la température est de 39,5, le pouls à 120, elle se maintient avec de petites oscillations au-dessus de 40° jusqu'au 19 au soir. Le matin du 20, défervescence brusque à 37,5. Le malade sort le 7 octobre.

OBSERVATION II

M. A..., 45 ans, entré le 23 septembre 1918 pour douleurs dans le ventre et le côté gauche. Tousse depuis 15 jours sans

expectoration. Constipé depuis 8 jours. Hier 22 septembre a été pris brusquement de douleurs dans le ventre avec nausées. Frisson, fièvre et point de côté. Céphalée, constipation.

A l'examen : souffle à la base du poumon gauche ; gargouillement dans les fosses iliaques.

Le 3 octobre : râles crépitants à la base du poumon gauche, plus de souffle.

Le 23 au matin, la température est à 38,5, le pouls à 115. Le soir elle est à 39,8. Puis elle devient oscillante et élevée jusqu'au 30 septembre où la défervescence s'accomplit et se maintient.

Les deux cas qui précèdent représentent le maximum de ce que l'on peut observer comme signes d'embarras gastrique simple. Le plus souvent, les symptômes sont plus atténués et le début moins nettement abdominal.

II. — Le syndrome dysentériforme

Parmi tous les malades qui, au cours de l'été 1918, présentaient un syndrôme dysentériforme, avec épreintes douloureuses, ténesme rectal, selles répétées muco-sanguinolentes et même franchement hémorragiques, il faut établir deux catégories :

a) Ceux chez lesquels il fut identifié un bacille dysentérique, Shiga surtout, Flexner ou His ; et les cas de dysenterie amibienne.

b) Les malades nombreux chez qui l'on ne trouva pas de formule bacillaire. La grippe régnait dans la

localité, et dans la famille du malade, il y avait parfois des grippés indubitables, avec localisations bronchopulmonaires. Dans ces cas, peut-on, en toute assurance, mettre les phénomènes dysentériformes observés sur le compte de la grippe ? Evidemment non. Parce qu'en période de pandémie, il y a une tendance instinctive à exagérer le cadre de celle-ci, il faut précisément apporter, dans les inductions, la plus grande réserve.

De sorte qu'en toute rigueur, on ne peut guère décrire un type dysentériforme, primitif, de la grippe. Cependant, il faut se montrer moins absolu, lorsque chez un grippé que l'on suit depuis plusieurs jours, on voit la diarrhée prendre un caractère nouveau, les selles augmenter de fréquence, devenir glaireuses, puis muqueuses ou muco-sanguinolentes. M. le professeur Chauffard a observé 40 grippés au Vol-de-Grâce, du 1er septembre au 1er novembre 1918, parmi lesquels il y avait 4 formes gastro-intestinales dont 1 à tendance dysentérique qui fut sans gravité réelle.

Il semble donc que nous soyons fondés à admettre l'existence de ce syndrome au cours de la grippe, mais dans un petit nombre de cas seulement.

III. — Le syndrome cholériforme

MM. Wurtz et Bezançon, étudiant l'épidémie parisienne de grippe, disent que dans certains cas, la grippe revêt à la fois la forme gastro-intestinale et la forme

pulmonaire, d'où un ensemble de symptômes qui pourraient faire croire jusqu'à un certain point au syndrome cholérique : le malade a depuis quelques jours de la diarrhée, des vomissements ; tout à coup l'état s'aggrave, la dyspnée intense, la cyanose, l'hypothermie terminale apparaissent. L'autopsie montre des lésions de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie.

Le syndrome cholériforme est ici réalisé par la diarrhée profuse, incoercible, suivie du collapsus algide.

De tels cas sont rares ; la plupart des auteurs n'en ont pas observé ; d'ailleurs, pathogéniquement parlant, ne faut-il pas mettre le collapsus et l'algidité sur le compte des lésions pulmonaires étendues et graves qui sont ici la règle, les phénomènes gastro-intestinaux restant au second plan ? L'observation que nous allons reproduire est celle d'un état cholériforme au cours d'une pleuro-pneumonie grippale avec épanchement purulent.

OBSERVATION III

(Malade du service du professeur Marfan)

G... Maurice, 9 ans, entré le 25 septembre 1918 Trois frères et sœurs dont deux bien portants et un à l'hôpital (affection indéterminée). Le malade a eu il y a huit jours : frissons, vomissements ; se plaignait du ventre ; diarrhée légère. Depuis deux jours, agitation.

Le 26 septembre : agitation, cyanose, état nauséeux, pouls très faible, délire, vomissements noirâtres. Matité dans tout le poumon gauche. Souffle tubaire : égophonie à la base gau-

che. Ponction exploratrice : liquide purulent. Décédé le même jour.

Température : le 25 septembre au soir, 39,5 ; le 26 septembre matin, 39,2.

Nous conclurons donc que la grippe peut donner, bien rarement, des états choléri formes larvés, ne pouvant simuler que de très loin le choléra spécifique. Disons d'ailleurs qu'au cours de l'été de 1918, il ne fut pas observé un seul cas de vibrion cholérique dans la région parisienne (1). Ce sont les lésions pulmonaires de la grippe qui peuvent donner l'algidité et l'adynamie ; celles-ci ne sont pas dues à la déshydratation de l'organisme et à l'intoxication intestinale profonde qui sont une rareté au cours de la grippe.

IV. — Le syndrome typhoïdique

Au cours des grippes graves, les états typhoïdiques sont fréquents, ils représentent même l'aboutissant de nombre de formes purement pulmonaires. Ce sont alors des phénomènes ataxo-adynamiques avec langue rôtie, délire, agitation, état trémulant.

Deux statistiques de M. le professeur Chauffard donnent les chiffres suivants : les formes typhiques de ce genre ont causé 10 décès sur 52 (grippés hommes),

(1) Wurtz et Bezançon. « Bulletin de l'Académie de Médecine », séance du 1er octobre 1918.

et 10 décès sur 25 (grippés femmes). Mais il s'agissait là de formes thoraciques graves qui présentaient cet aspect spécial, elles ne rentrent pas dans notre étude. Nous n'avons en vue que les phénomènes abdominaux tels que peut en présenter une dothiénentérie d'intensité moyenne. En a-t-il été observé au cours de la grippe? M. Le Clerc en cite quatre cas, à Saint-Lô, avec ballonnement abdominal modéré, quatre ou cinq selles diarrhéiques par jour, et la coexistence presque constante de manifestations pulmonaires à bascule. Ces grippes à forme typhoïde auraient une durée assez longue, de 25 à 40 jours. Nous n'avons personnellement connu aucun cas de ce genre ; l'observation qui suit, recueillie dans le service du professeur Widal, est toutefois un bel exemple de grippe à évolution typhique rapide avec mélœna. Les phénomènes pulmonaires y ont dominé la scène, mais la diarrhée abondante initiale et l'hémorragie intestinale montrent la participation importante du tractus digestif.

OBSERVATION IV

L. .., François, 46 ans, entré le 5 octobre 1918, décédé le 10 octobre.

Le 4 octobre, en pleine santé apparente, céphalée violente, douleurs dans les jointures, rachialgie ; quelques petits frissons, léger rhume, un peu de toux, pas de vomissements.

Pas de grippe dans le milieu où il vivait et où il travaillait.

Diarrhée abondante, non sanglante, presque continue dans la nuit du 4 au 5.

À l'entrée, homme prostré, fatigué ; pas de dyspnée. Céphalée violente. Douleurs lombaires et dans la région abdominale.

Température, 39°. Pouls à 90.

Appareil pulmonaire : En arrière à droite, nombreux râles crépitants à la partie moyenne avec souffle. Gros sous-crépitants à la base. Toux. Expectoration abondante, crachats aérés.

Appareil cardio-vaculaire : Bruits du cœur rapides, légèrement irréguliers, sans-souffle. Pouls régulier, plutôt petit.

Urines claires, peu abondantes.

Appareil digestif : Pas de vomissements, *diarrhée abondante, très noire, la réaction de Meyer est positive.*

Réflexes pupillaires et tendineux normaux, température 40°. Pouls à 90, légère arythmie.

Foyer à droite, léger souffle avec crépitants et sous-crépitants.

Le 9 octobre, la dyspnée devient intense, avec tirage et battement des ailes du nez.

10 Octobre : Malade dans un état de typhos marqué : agitation, tremblement des extrémités, des lèvres ; cyanose des pommettes, oreilles, mains. Dyspnée intense. Cœur arythmique, bruits assourdis.

Matité aux deux bases. Souffle et râles crépitants et sous-crépitants.

Urines troubles, albumineuses.

Décès le même jour.

Autopsie : Epanchement séreux plèvre droite, d'environ un litre.

Congestion et gros œdème pulmonaire bilatéraux.

Rate : Volume normal. Très rouge, très friable, corpus-

cules de Malpighi très visibles.

Cœur : gros. *Foie* ; jaune, gras.

Reins : substance corticale pâle, jaunâtre, se décortique bien ; étoiles veineuses très visibles.

Intestin : congestion du duodenum et du grêle. Tuméfaction des plaques de Peyer qui restent pâles. Les vaisseaux du gros intestin sont injectés et très visibles. L'estomac est normal.

Il nous semble donc que bien rares ont été les cas de grippe à forme abdominale susceptibles de simuler des infections typhoïdes, par la présence de diarrhée prolongée, de météorisme, ou d'érythèmes pouvant simuler les tâches rosées. Au cours de la dernière épidémie, de tels diagnostics ne durent guère se poser. Rappelons cependant qu'en cas de doute, la notion d'épidémie et de contagion familiale, la grande brusquerie du début avec courbature et rachialgie, sont en faveur de la grippe, alors que les infections paratyphiques notamment sont à début traînant. L'apparition de phénomènes pulmonaires, en confirmant cliniquement l'idée de grippe n'est pas un critérium absolu, car les localisations pulmonaires s'observent aussi dans les paratyphoïdes A et B. Il y a la ressource du sérodiagnostic et de l'hémoculture.

Nous terminerons ce chapitre par quelques constatations statistiques. Il importe en effet de bien se rendre compte que ces diverses manifestations gastro-intestinales ont été relativement peu nombreuses en 1918. La

statistique de M. le Professeur Chauffard citée plus haut donne 4 cas de forme gastro-intestinale sur 40 grippés du Val-de-Grâce, mais celle du service des femmes à la *Clinique Médicale de l'Hôpital St-Antoine* ne mentionne, sur 150 grippes, qu'un seul cas de diarrhée au 7e jour dans une forme thoracique grave avec état typhique, terminée par la mort.

Des documents que nous devons à l'obligeance de M. Stevenin se rapportent à 175 cas de grippe suivis à Angers, dans la population civile, de septembre 1918 à fin janvier 1919. Dans 18 cas il y eut des manifestations d'ordre digestif, dont 3 cas de vomissements au début ; chez 3 de ces malades, il est vrai, il y avait de l'entérite ancienne ; 2 fois il y eut du subictère et des phénomènes légers d'angiocholite, chez des sujets à foie touché sans doute antérieurement ; 1 cas de mélæna avec selles noires chez un enfant de 4 ans qui succomba à une broncho-pneumonie double. Une épidémie de dysenterie bacillaire sévissait à Angers à la même époque, et sur 7 malades atteints de diarrhée dysenteriforme, le bacille de Shiga fut identifié 2 fois.

Nous ne nous attarderons pas sur le pronostic et le traitement de ces manifestations digestives ; elles cèdent aux traitements habituels et même au simple repos ; ce qui importe, c'est de prévenir et de traiter les localisations pulmonaires. Nous allons passer à un ordre de manifestations plus bruyantes, plus dramatiques, capables de dérouter le clinicien.

CHAPITRE II

Les grippes avec syndrome péritonéal

L'histoire des syndromes abdominaux aigus que l'on peut observer au cours de la grippe est encore obscure, car le langage employé par les auteurs est ambigu. Les uns parlent d'« appendicite grippale », et les autres de » pseudo-appendicite ». Il ne semble guère facile de conserver, pour la grippe, ces deux dénominations, car si l'on admet — comme il est à peu près classique — que la grippe est un facteur d'appendicite, il n'est guère vraisemblable de croire que, dans des cas plus larvés, elle pourrait se contenter de *simuler l'appendicite*. Nous croyons plus exact de dire que la grippe peut donner, d'une part, des infections appendiculaires vraies ; et d'autre part, des syndromes péritonéaux aigus qui reposent sans doute sur certains substratums anatomo-pathologiques, sur de minimes localisations viscérales de topographie variable, mais la nature exacte du syndrome, son mécanisme, le substratum lui-même nous sont à

peu près inconnus. La première partie de ce chapitre sera consacrée à ces phénomènes péritonéaux aigus si étranges, qui s'observent d'ailleurs dans d'autres infections que l'influenza. Ce n'est qu'ensuite que nous aborderons l'appendicite grippale.

PREMIÈRE PARTIE

Les états péritonéaux au cours de la grippe

Au cours de la grippe, ainsi que de plusieurs autres infections, on a observé des états péritonéaux alarmants à début aigu et atteignant rapidement leur maximum, puis à décroissance rapide ; dans la majorité des cas, ils évoluaient de façon beaucoup plus bénigne qu'on n'eût pu le supposer.

Leur intérêt pratique est grand, car l'intervention chirurgicale peut paraître — à tort — indispensable. Or, pratiquer chez un grippé une laparotomie exploratrice non nécessaire, l'exposer, par le fait du shock et de l'anesthésie, à de sérieuses complications pulmonaires, voilà certes une éventualité intempestive, et qui, d'après M. E. Villard (Les fausses appendicites grippales, *Lyon Médical*, décembre 1918) ne put être évitée, dans quatre cas, que par une analyse clinique minutieuse.

Il s'agit le plus souvent, de manifestations péritonéales aigües survenues de façon précoce chez des malades dont la grippe était méconnue.

Les 4 observations de M. E. Villard permettraient de dégager le type clinique suivant :

Le début est brusque, les symptômes alarmants ; douleurs abdominales vives, vomissements, météorisme, arrêt des matières et des gaz. Le ventre est tendu, douloureux à la pression, le facies anxieux, le malade agité, la température élevée. La fosse iliaque droite est sensible à la pression, mais pas d'une façon élective, car le maximum de douleur serait plutôt au creux épigastrique. Cette douleur présente d'ailleurs un type un peu particulier ; elle est paroxystique, avec des rémissions suivies de phases douloureuses ; dans 2 cas, il existait un certain degré de tension intermittente de l'intestin au moment des paroxysmes : phénomènes faisant quelque peu penser à de l'obstruction intestinale.

La courbe thermique, débutant par une brusque ascension à 39° 5 ou 40°, garde ensuite une tendance au plateau. Le pouls est peu fréquent, il reste relativement lent par rapport à la température. La langue est peu modifiée. Les symptômes se manifestent d'ailleurs très rapidement, et en 24 heures, le tableau clinique est à son maximum.

Les commémoratifs fournissent des arguments solides en faveur de l'origine grippale : l'affection atteint en général des sujets ayant été au contact de grippés (2 cas sur 4) ; le début est brutal, caractérisé par une sensation de froid avec ou sans grand frisson, de la céphalalgie, une lassitude et une courbature générales, qui précèdent de peu l'état nauséeux et les premières

douleurs abdominales violentes. Enfin l'une des malades fit, quelques après sa descente en lysis, une broncho-pneumonie bilatérale.

Les malades étaient adressés au chirurgien avec le diagnostic d'appendicite franche à forme sévère, et même de péritonite appendiculaire nécessitant peut-être une intervention rapide. M. Villard écarta le diagnostic d'appendicite aigüe pour les raisons suivantes : symptômes généraux du début révélés par l'interrogatoire et précédant les symptômes locaux : maximum de sensibilité au creux épigastrique (bien que la fosse iliaque droite fût également douloureuse, mais à un moindre degré) ; douleur à forme de colique sèche, avec paroxysmes semblant correspondre à des contractions intestinales; facies peu altéré, langue peu modifiée, pouls peu fréquent ; touchers rectal et vaginal négatifs ; notion importante de contagion grippale possible. L'intervention chirurgicale fut écartée.

Le pronostic de bénignité fourni par cet examen fut confirmé par l'évolution ultérieure ; nous n'osons pas dire évolution « spontanée », car un traitement médical actif fut appliqué : diète, glace sur le ventre et lavements froids. Le syndrome s'est amendé dans des laps de temps variant de un à trois jours, les signes d'obstruction cédant peu à peu, avec le retour des évacuations gazeuses, et la température revenant à la normale.

L'observation suivante médite, que nous devons à l'obligeance de M. Tavernier, présente quelques points cliniques un peu spéciaux, et donne une idée précise de ce genre d'accidents :

OBSERVATION V

M. X... est atteint, en février 1919, d'une grippe classique à début brusque par grand frisson et 40°, avec amygdalite et rachialgie intense, qui évolue en trois jours avec une température entre 39° et 40°, puis amélioration progressive ; le 7e jour, rechute caractérisée uniquement par de la fièvre (39°) et des malaises généraux, céphalée, courbature et asthénie ; puis sédation progressive des accidents, lorsque le 10e jour, alors que la guérison paraissait proche, apparurent brusquement après le repas de midi des douleurs abdominales très vives, paroxystiques, à siège périombilical, qui s'accompagnent assez vite de météorisme. Arrêt des matières et des gaz : plusieurs lavements sont rendus dans l'après-midi tels quels sans un gaz. Le soir, la température est à 38°, alors que la veille elle était à 38,2 et qu'elle sera le lendemain à 37,7 (le syndrome ne s'est donc pas accompagné de fièvre). Dans la nuit les douleurs s'exagèrent, à type d'occlusion nette : paroxysmes très intenses survenant toutes les 3 ou 4 minutes avec sensation de tension intermittente de l'abdomen dans la portion péri et sus-ombilicale. Insomnie complète. Pas de gaz.

Le lendemain matin, la question d'une intervention chirurgicale pouvait se poser, lorsque, à 9 heures, il y eut un dénouement brusque : disparition rapide des douleurs, avec sensation de bien-être, gargouillements abdominaux intenses suivis après quelques minutes d'émissions gazeuses abondantes. A partir de ce moment, convalescence normale de la grippe.

Il ne semble pas que les faits de ce genre aient été très rares au cours de l'épidémie, sont au moins de certaines épi-

démies locales. M. Villard nous a personnellement affirmé que, dans la région lyonnaise, le nombre de cas parvenus à sa connaissance atteignait la dizaine. Pourtant, nous n'en avons pas trouvé, dans la littérature médicale, d'autres relations détaillées. Seul, Marinonii (Higia, décembre 1918) signale sans y insister une grippe terminée par la mort avec syndrome méningé et qui a « simulé » l'obstruction intestinale, et une autre qui a simulé au 4e jour une colique néphrétique.

On voudra bien nous permettre, étant donné l'intérêt que comportent ces phénomènes curieux et mal classés, de faire un essai de généralisation et d'esquisser quelques hypothèses.

a) *Les syndromes de ce genre ne sont nullement l'apanage exclusif de la grippe.* — Ils seraient même plus fréquents dans d'autres infections, typhoïdes et paratyphoïdes notamment, où ils peuvent donner, à un degré extrême, une symptomatologie de « fausses perforations ». Dieulafoy admettait l'existence de péritonites localisées par propagation de la lésion intestinale, au cours de la dothiénentérie, d'évolution moins régulièrement fatale et de pronostic moins sombre que la perforation classique ; dans ces cas-là toutes les transitions devaient être possibles entre la péritonite infiniment légère et le stade de péritonite macroscopique, avec une évolution parallèle des symptômes cliniques, d'où la gravité différente des accidents. Récemment M. Brocq a communiqué à la Société de chirurgie (30 avril 1919), l'observation suivante : un tableau bien net de péritonite par perforation intestinale, vomissements incoercibles, ventre en bois, douleurs, hautes températures, alors que la laparatomie exploratrice fut négative. Il s'agissait d'une paratyphoïde B. Il n'est pas très rare d'observer des malades opérés d'urgence pour des phénomè-

nes péritonéaux graves qui les ont amenés à l'hôpital et chez qui la laparotomie ne décèle qu'un peu de rougeur et de distension des anses intestinales : on referme le ventre, l'évolution ultérieure est tantôt bénigne, tantôt rapide et fatale. Ces faits éveillent l'idée d'une septicémie causale.

b) *Le côté historique de la question.* — Depuis une vingtaine d'années environ, les travaux qui se rapportent à ces phénomènes sont assez nombreux, et comme à la même époque l'attention était attirée sur les appendicites graves, l'appendice revient très souvent dans les préoccupations des auteurs, pour peu que la fosse iliaque droite ne paraisse pas indemne. Mirande (thèse de Paris, 1901) étudie les syndromes appendiculaires sans lésion de l'appendice dans les affections thoraciques ; le point de côté abdominal de la pneumonie des enfants forme le noyau de la question, et deux interprétations se font jour, celle d'une action réflexe à distance, avec ou sans névrite des troncs intercostaux, ou plus rarement d'une véritable localisation appendiculaire du pneumocoque. Puis Franke (4), M. Hutinel (6), signalent des cas d'interprétation délicate. Bérard et Vignard (9) notent l'importance du diagnostic, au point de vue de la décision opératoire, entre une appendicite aiguë grave et « certaines rechutes grippales tardives, donnant une élévation brusque de la température en V, sans infection spéciale de l'appendice lui-même, mais avec des douleurs à prédominance iliaque, quelques contractures diffuses de la paroi, des nausées, de la constipation et de la dysurie », qui cèdent au traitement médical. Nous soupçonnons que certains de ces cas relèvent d'une appendicite vraie légère et qu'ils s'éloignent franchement des observations de MM. Villard et Tavernier.

c) *Le point de vue biologique.* — Il paraît logique de penser

qu'un agent infectieux à grande virulence initiale, mais rapidement décroissante parce qu'elle s'épuise vite, est susceptible de donner des états cliniques analogues. D'après ce que nous connaissons des propriétés biologiques du pneumocoque, c'est à lui que nous pensons de suite : il paraît capable de donner des réactions brusques, un peu éphémères, généralement bénignes ; toutefois, si elles se prolongent, elles tournent rapidement à la suppuration. Nous pensons d'autant plus à lui qu'il paraît être l'agent très fréquent des complications grippales, au second stade de la grippe virulente (M. Legroux). Pourtant il ne doit pas être seul en cause ; d'abord parce que ces états péritonéaux s'observent dans d'autres infections que les pneumococcies ; de plus, ils peuvent apparaître à des stades différents de la grippe, stades auxquels on tend à attribuer une formule microbienne différente : très précoces dans les cas de M. Villard, au dixième jour seulement dans notre obs. V.

d) *Quels sont les substratums* et les mécanismes de ces syndrômes ?

Ces états cliniques forment vraisemblablement un groupe très hétérogène, ils doivent correspondre à des processus très différents. En vous bornant à la grippe, nous pouvons admettre avec une égale vraisemblance — vu notre incertitude — le point de départ muqueux ou séreux des accidents. Peut-être s'agit-il de légions péritonéales minimes ou macroscopiques ; peut-être les faits observés relèvent-ils, dans un certain nombre de cas, d'obstruction, ou même d'occlusion intestinale vraie, mais passagère.

Les observations qui nous ont servi de base feraient pencher en faveur de cette dernière hypothèse. On peut supposer qu'ici les accidents dérivent de modifications du péristaltisme

intestinal, dues à une paésie d'un segment limité de la musculature. Des lésions lymphoïdes, folliculaires (possibles au cours de la grippe), sur la muqueuse d'une anse, ou une réaction limitée de la séreuse sous l'influence de toxines, entraîneraient, conformément à la loi de Stokes, une parésie du muscle sous-jacent, d'où un barrage dans le péristaltisme intestinal, facteur possible d'occlusion. Cette idée d'occlusion légère et momentanée paraît confirmée par notre observation V, où l'on voit nettement dissociés, l'invasion initiale de la grippe et le syndrome péritonéal plus tardif. (10e jour). Les symptômes d'obstruction, qui ne se sont pas accompagnés de fièvre — comme il est presque de règle — ont tourné court spontanément en vingt heures. La grippe était connue, mais on pouvait méconnaître la relation qu'elle présentait avec les accidents abdominaux. On peut penser que, chez les malades de M. Villard, il s'agissait aussi de phénomènes d'obstruction, la fièvre et les signes généraux concomitants étant dus à la grippe, infection générale.

Dans une autre catégorie de faits, la douleur est moins médiane, plus limitée à la fosse iliaque droite, et on peut penser nettement à de l'appendicite. Si la réaction est brusque, mais éphémère et tournant court, on a le type d'accidents que nous venons de décrire ; si la crise est plus prolongée, plus « plastique », on a la physionomie connue de l'appendicite streptococcique ou colibacillaire, plus sévère. Au cours de la grippe, les agents infectieux sont multiples, l'aspect des réactions péritonéales de l'influenza peut donc être très polymorphe.

DEUXIÈME PARTIE

L'appendicite grippale

L'histoire de l'appendicite au cours de la grippe es déjà ancienne, elle date de l'épidémie de 1889-90, et des quelques années qui l'ont suivie. Faisans, Gagnière. Merklen et d'autres auteurs ont apporté des observations paraissant concluantes, et une bibliographie détaillée sur ce sujet se trouve dans la thèse de Mlle Schoumsky (Paris, 1909). Cependant, cette opinion ne ralliait pas — jusqu'il y a quelques années du moins — l'unanimité des médecins et surtout des chirurgiens, dont beaucoup étaient restés fidèles à la théorie « entérogène » de l'appendicite.

Par exemple, Bérard et Vignard (Traité *De l'appendicite* », 1914) résument les deux arguments généralement invoqués en faveur de l'appendicite grippale, arguments d'ordre très général.

1° L'appendicite serait beaucoup plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois, et cette augmentation de fréquence coïnciderait avec l'apparition de la grippe en Europe.

2° L'appendicite s'observerait surtout aux époques de l'année où la grippe sévit particulièrement.

Et ils concluent de leurs observations personnelles :

« L'appendicite est une maladie qui s'observe à toutes les époques de l'année, certaines séries de cas affectent des caractères épidémiques ; et ces séries coïncident parfois avec le déclin d'épidémies grippales. Mais pas plus que les autres maladies infectieuses, la grippe ne

doit être exclusivement incriminée comme élément étiologique ». Ils admettent cependant que « la grippe frappe une série d'organes qui peuvent servir d'entrée aux microbes de l'appendicite.

Or, la clinique à elle seule a suffisamment montré que des localisations appendiculaires peuvent s'observer au début et au cours des infections générales les plus variées, parmi lesquelles trois sont le plus fréquemment relevées : la pneumonie, la grippe épidémique, les angines ; et ces constatations sont un des fondements solides de la théorie de l'origine hématogène de l'appendicite.

Les rapports de l'appendicite et de la pneumonie ont été étudiés dans la thèse de Daussy (Paris, 1913) : il existe d'ailleurs une certaine parenté, parfois même une identité entre les manifestations pneumococciques et certaines manifestations grippales, le rôle du pneumocoque à des stades divers de la grippe étant nettement prouvé.

Nous n'insisterons pas sur les différentes constatations bactériologiques et surtout expérimentales sur lesquelles s'appuie la théorie hématogène. Disons seulement, à un point de vue général, qu'elle a gagné beaucoup de terrain au cours de ces dernières années ; une phase septicémique précédant la localisation appendiculaire a pu être révélée dans certains cas, avec des hémocultures positives. Certains chirurgiens auraient été plutôt partisans de la théorie entérogène, parce qu'ils voyaient, après certaines appendicectomies à

chaud, les symptômes généraux, température, pouls, facies, tomber véritablement avec une rapidité stupéfiante avec l'ablation de l'organe malade ; mais ne savons-nous pas que l'appendicite est elle-même infectante au premier chef, qu'elle peut donner des pyémies très graves, que l'appendice en un mot n'est qu'un relais, une étape infectieuse ? il n'est donc pas surprenant que son ablation soit suivie parfois d'une remarquable détente des symptômes locaux et généraux.

Il faut d'ailleurs préciser que cette pathogénie hématogène ne paraît s'adresser qu'à la première crise et non aux rechutes. L'appendice infecté une première fois, sensibilisé par une première atteinte, reste beaucoup plus vulnérable, sa guérison sera incomplète. Des troubles intestinaux locaux, des entérites, des écarts de régime suffiront à déterminer des crises d'appendicite récidivante, à répétition, et toutes les transitions existent entre l'appendicite aïguë et chronique. Très souvent, on retrouve dans l'histoire d'un sujet atteint d'appendicite des crises antérieures plus ou moins larvées.

Or il n'est pas douteux que de cette première atteinte, de cette infection initiale de l'appendice, la grippe ne soit dans un assez grand nombre de cas, la cause, et tout en admettant qu'il y eut peut-être quelques généralisations hâtives, les observations qui vont suivre montreront — après bien d'autres — qu'au cours de la grande épidémie 1918-1919, la grippe a été la cause d'un certain nombre de réactions appendiculaires. Nous croyons que les observations de ces dernières années,

qui s'appuient sur des cas de grippe saisonnière où les erreurs de diagnostic sont possibles, ont une valeur moindre que celles que nous apportons. Une pandémie grippale bien identifiée comme celle que nous venons de traverser, doit apporter ou non la confirmation de ce rôle étiologique de la grippe ; et si cette confirmation n'est pas éclatante, elle n'en est pas moins indéniable.

Il ne semble pas que cette complication de la grippe ait été, globalement, très fréquente. Nous avons parcouru plusieurs services hospitaliers ayant abrité de nombreux grippés sans en déceler un cas. Cependant, il dut y avoir, notamment sur le déclin de l'épidémie, de petits foyers d'appendicite reconnaissant cette étiologie ; M. le professeur Kirmisson nous en a donné verbalement l'assurance ; et dans le seul service de M. le professeur Chauffard il a été observé chez des femmes grippées, cinq cas d'appendicite où l'interrogatoire serré ne révélait aucune crise antérieure ; parmi ceux-ci, quatre sont survenus au cours de grippes thoraciques graves, un au cours d'une forme nerveuse fébrile.

Avant d'aborder l'étude de ces cinq observations (et de deux autres que nous avons pu relever), voyons si la littérature médicale récente ne nous apporte pas quelques faits.

Dans le *Journal of the American medical Association* (Chicago, 8 mars 1919), Hall et Dyas attirent l'attention sur le nombre croissant des cas d'appendicite aiguë nécessitant l'opération, depuis la récente épidémie de grippe, au camp Logan. De septembre 1918 à fin dé-

cembre 1918, 92 malades furent opérés, 50 traités médicalement, proportion très supérieure à celle de la période correspondante de 1917. A propos de ces 50 malades non opérés, mais qui ont souffert, au moins passagèrement, au niveau de la région appendiculaire, et dont un certain nombre étaient atteints de grippe, ces auteurs émettent quelques opinions pathogéniques. Ils pensent que cette localisation douloureuse initiale (fréquente dans la pneumonie des enfants), ne serait pas d'ordre réflexe, mais traduirait une infection passagère de l'appendice, organe lymphoïde, qui réagirait au processus infectieux grippal. Entre les cas d'appendicite qui nécessitèrent l'opération, et ceux où le diagnostic paraissait moins certain, il n'y eut pas, disent-ils, vraisemblablement autre chose qu'une différence dans l'intensité de l'infection appendiculaire, qui évolua dans le premier groupe de cas, et qui tourna court dans le second.

Hall et Dyas considèrent donc que parmi leurs cas d'appendicite de toute origine, il y en eut un nombre non négligeable qui étaient des séquelles de la grippe et des infections pneumococciques ; et de plus, ils admettent l'idée de transitions entre certains états de réaction péritonéale légère et les cas d'appendicite vraie ; il est vraisemblable en effet qu'il n'y a là que des lésions de degré différent et d'intensité croissante.

Observations recueillies dans le service de M. le Professeur Chauffard :

OBSERVATION VI. — (Résumée)

Mme D...., 21 ans. Grippe nerveuse fébrile en octobre 1918.

Date d'apparition de la crise appendiculaire : 8e jour.

Réaction fébrile : 40°.

Vomissements pendant 2 jours.

Durée de la crise : 4 jours.

Crises antérieures : néant.

Autres complications : néant. — Guérison.

OBSERVATION VII (Résumée)

Mme S...., 30 ans. Grippe avec congestion pulmonaire diffuse.

Date du début de la maladie : 20 octobre 1918.

Date d'apparition de la crise appendiculaire : 8e jour.

Réaction fébrile : 39°.

Vomissements pendant 1 jour ;

Durée de la crise : 1 jour.

Crises antérieures : néant. — Guérison.

OBSERVATION VIII

Mlle B..., 18 ans, livreuse, présente au commencement d'octobre céphalalgie, névralgies, coryza, anorexie, fièvre, toux (le début semble dater du 10 octobre environ). Entre à l'hôpital le 25 octobre avec le diagnostic de congestion pul-

monaire. A l'entrée : langue saburrale. Cœur normal. Râles humides fins aux deux poumons. T. 41° dans la soirée.

30 octobre : Percussion : submatité de la base gauche. Auscultation : souffle inspiratoire et expiratoire à la base gauche, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. La température est tombée à 37,5.

31 octobre : Le souffle existe au même point (base gauche moins prononcé. A gauche, râles sous-crépitants fins très nombreux.

Ce jour-là, 20e jour de la maladie, la température remonte brusquement à 40,4, avec vomissements et douleurs appendiculaires. Application de glace.

Le tableau clinique sera dès lors le suivant :

Vomissements pendant 3 jours.

Durée de la crise : 3 jours.

Le 4e jour, la température retombe à 36,6.

On ne retrouve pas de crises antérieures dans l'histoire de la malade.

Pas d'autres complications. La durée totale de la période fébrile (depuis l'entrée à l'hôpital) est de 22 jours. Albuminurie passagère. Pas de troubles menstruels.

La malade, apyrétique depuis le 3 novembre, est opérée à froid le 2 décembre. Guérison.

Diagnostic complet : grippe thoracique grave, forme diffuse à foyers multiples broncho-pneumoniques. Réaction appendiculaire le 20e jour.

OBSERVATION IX

Grippe thoracique grave. Foyer d'hépatisation droit. Pleurésie purulente droite à pneumocoques le 9e jour. Pneumocoques dans le sang. Réaction appendiculaire le 24e jour.

Mlle T..., 18 ans, domestique, entre dans le service de M.

le professeur Chauffard le 2 novembre 1918 pour grippe ayant débuté il y a 8 jours.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Il y a 8 jours, le 23 octobre, la malade, au cours de son travail, fut prise brusquement de frissons, fatigue, courbature, maux de tête, fièvre.

Elle s'alita. Le lendemain, enchifrènement, picotements des yeux, mal de gorge, toux.

5 jours après, le 28 octobre : point de côté droit très violent. Depuis ce moment, la malade est gênée pour respirer, tousse beaucoup, crache un peu, ne dort plus, transpire abondamment.

A l'entrée, 2 novembre : malade prostrée, face congestionnée, légèrement cyanique, couverte constamment de perles de sueur. Dyspnée intense : 40 respirations à la minute.

Pouls petit, trémulant : 112.

Température : 39°6.

Urines rares, albumineuses, sales. Langue humide, blanche.

Auscultation : Souffle tubaire et râles éclatants assez gros à droite, correspondant à une matité de la moitié inférieure du poumon droit. Quelques râles humides à gauche.

Traitement : Enveloppements chauds matin et soir. 4 cmc d'huile gaïcacolée, camphrée, eucalyptolée.

Oxygène sous-cutané. 1 gr. 80 d'urotropine intra-veineux.

Le lendemain : 3 novembre : 9e jour de la maladie. Etat général stationnaire. La température et le pouls s'élèvent : 40°2 et 120.

Auscultation : A droite le souffle s'entend jusqu'en bas mais les râles ne sont plus perçus à 4 travers de doigt au-dessus de la base du thorax. La matité semble accrue. Pas d'œdème

de la paroi. Pas de voussure. Pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone.

Ponction exploratrice : Liquide purulent légèrement rosé contenant des polynucléaires très déformés, et des pneumocoques nombreux intra et extra-cellulaires. Le liquide cultivé donne une culture pure de pneumocoques.

Ponction évacuatrice : 100 cmc de liquide, qui après repos laisse déposer de gros grumeaux jaunâtres.

Traitement : Le même que la veille.

On répète l'injection de 1 gr. 80 d'urotropine intraveineux.

Le lendemain 4 novembre, 10e jour de la maladie.

Etat général stationnaire.

La température et le pouls s'élèvent : 40°7 et 136.

Auscultation : Le souffle et la matité subsistent à droite.

Les râles éclatants ont reparu jusqu'en bas ; à gauche, il subsiste quelques râles humides.

Inoculation de la culture à la souris : mort en 24 heures avec pneumocoques dans le sang.

Le sérum de la malade agglutine le pneumocoque de l'hémoculture et de la culture de liquide pleural (procédé de Bezançon et Griffon).

Traitement : Enveloppements chauds.

4 cm. 3 d'huile gaïacolée, eucalyptolée, camphrée.

Toute les 2 heures, 1 cuillerée à soupe d'une solution contenant 0 g. 25 de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le lendemain, 5 novembre, 11me jour de la maladie : Etat général stationnaire. Cependant baisse légère de la température et du pouls : 40° 5 et 124

Les râles sont plus gros et plus humides à droite. Le souffle persiste.

Ponction exploratrice : on retire avec peine quelques cm.

de liquide séro-hématique, contenant des polynucléaires déformés, des pneumocoques intra et extracellulaires.

Même traitement que la veille.

A partir de ce moment : l'état général s'améliore progressivement. La face est moins congestionnée, les sueurs moins abondantes. La dyspnée cède peu à peu : la respiration descend à 36, puis 30 et 28.

Les urines deviennent moins sales, plus abondantes.

La température descend chaque jour en lysis ; le pouls tombe à 120, 116, 110.

La malade reste abattue, mais moins prostrée.

Les signes d'auscultation ne se modifient que très lentement.

La matité diminue, mais il reste de la submatité. Le souffle persiste, accompagné de gros râles humides.

Le 8 novembre, 13e jour de la maladie : ponction exploratrice négative.

Le 11 novembre, 17e jour : température 37° 5, pouls 90, respirations 26.

La malade reste abattue, mais elle est calme et se sent bien.

Les signes pulmonaires restent les mêmes que le 8 novembre.

Hémoculture négative. Le sérum continue à agglutiner le pneumocoque.

Etat stationnaire du 11 au 17 novembre.

La température reste légèrement subfébrile (37° 8).

18 novembre, 24e jour : frisson. Ascension thermique brusque de 38 à 39° 3. Pouls 112. Depuis 3 jours la malade est constipée.

Pas de douleurs abdominales spontanées, mais la palpa-

tion révèle de la défense de la paroi généralisée, plus marquée à droite avec point douloureux appendiculaire et matité dans la région périappendiculaire. Réflexe cutané abdominal conservé à droite.

Traitement : glace locale, diète hydrique.

L'interrogatoire ne révèle pas de crises antérieures.

OBSERVATION X (résumée)

Mme F,.., 32 ans, grippe à foyers broncho-pneumoniques multiples.

Date d'apparition de la crise : 11e jour.

Réaction fébrile : 39,4.

Vomissements pendant 1 jour.

Durée de la crise appendiculaire : 8 jours.

Crises antérieures : néant.

OBSERVATION XI (Service de M. le Pr Widal)
reproduite dans la thèse de Mlle Le Conte-Boudeville

Mlle B..., 15 ans, début de la maladie le 1er juillet environ par malaise, frisson, pas de signes abdominaux ; puis évoluent des phénomènes congestifs pulmonaires bilatéraux et persistants.

Le 22 août, la température qui oscillait auparavant entre 38° et 39°, remonte à 40,2. Pouls à 140. Aux poumons, il n'y a que les signes de congestion persistante ; souffle et râles sous-crépitants déjà constatés précédemment. Mais au niveau de la fosse iliaque droite, on réveille une douleur nette au point de Marc-Burney. Défense et contraction de la paroi. La malade est transportée dans un service de chirurgie et opérée d'urgence.

Le 4 septembre, elle est apyrétique, pouls normal, les fils retirés, et revient en médecine où elle refait, quelques jours après, une nouvelle poussée de congestion pulmonaire. Elle quitte l'hôpital le 26 septembre.

L'hémoculture pratiquée le jour de l'entrée (10 juillet) avait donné du pneumocoque à l'état de pureté.

On n'a pas retrouvé dans l'interrogatoire de la malade de crises appendiculaires antérieures.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Professeur Hutinel)

Le M..., Georges, 6 ans, mère infirmière, pas d'antécédents, entre le 20 février 1919 et présente une grippe typique sans grande élévation thermique (38°5) mais avec foyer congestif de la base gauche.

26 février : A vomi une fois ce matin. Ne se plaint d'aucune douleur, mais l'examen montre une défense nette de la paroi et la pression au point de Mac-Burney est douloureuse. Du côté gauche, la paroi abdominale est souple et indolore.

Traitement : Glace sur le ventre. Diète. Injection de sérum.

27 février : 38°. Pouls 116. Toujours défense de la paroi et douleur.

28 février : 37°. Tousse. Le foyer pulmonaire diminue. Toucher rectal négatif.

1er mars : 37°. La glace est enlevée.

6 mars : Petite ascension thermique à 38°. Les douleurs qui avaient cessé reparaissent. Glace de nouveau.

7 mars : 37° La douleur persistera encore pendant 2 jours. Quitte l'hôpital le 16 mars.

La crise appendiculaire peut ici être fixée du 10e au 12e jour de la grippe.

Les sept observations qui précèdent permettent une vue d'ensemble de ces réactions appendiculaires. Une de ces malades a été opérée à chaud, quelques autres à froid un temps variable après la convalescence de la grippe. Nous manquons de détails sur ces interventions et n'en possédons pas le compte-rendu opératoire. Néanmoins, même si les lésions constatées après appendicectomie ont été peu accentuées et bornées par exemple à une légère folliculite hyperémique (ce que nous ignorons) il n'en est pas moins vrai que nous avons assisté, chez les malades ci-dessus, à la première infection de l'appendice, à l'atteinte initiale qui sensibilise cet organe, et ceci au cours de grippes bien caractérisées.

Nous pouvons nous placer à un premier point de vue, et remarquer les dates d'apparition de ces localisations appendiculaires. En général, elles ne sont pas très précoces ; le huitième jour est la date minima que nous relevons, puis le 11e, le 20e, le 24e jour, même le 50e jour environ dans l'observation XI.

Nous observons aussi que, sur 7 cas, 1 est apparu au cours d'une grippe nerveuse fébrile, les 6 autres au cours de grippes thoraciques avec localisations pleuro-pulmo-

naires. L'observation IX, que nous avons tenu à reproduire en détail, montre bien la marche de la pneumococcie, chez une malade qui présentait du pneumocoque dans le sang. Dans l'observation XI, l'hémoculture était également positive. Nous pouvons donc soupçonner le rôle possible du pneumocoque dans la détermination appendiculaire ; cependant, il ne faut pas trop généraliser, puisque dans l'observation VI, il s'agissait d'une grippe nerveuse fébrile sans autres localisations. D'une façon générale, l'apparition d'abcès à pneumocoques au décours d'une grippe a déjà été signalée dans l'épidémie de 1889-90 ; nous connaissons nous-même un cas récent où la grippe paraît bien être le *primum movens* d'une péritonite à pneumocoques classique. Mais cet agent microbien n'est vraisemblablement pas seul en cause, et l'étude bactériologique de l'appendicite grippale est à refaire : nous ne pouvons aujourd'hui nous contenter du résultat obtenu par Adrian et Corbellini, qui avaient chacun trouvé, respectivement en 1901 et 1902, le bacille de Pfeiffer dans le pus de l'appendice.

Quelle est la conduite pratique à tenir, lorsque l'on a suivi quelques-unes de ces réactions appendiculaires ? Après avoir employé le traitement médical d'urgence, glace et diète hydrique, il convient d'observer les prudentes recommandations exposées par Verneuil à l'Académie de Médecine, en 1890 : s'abstenir chez un grippé de toute intervention non urgente, et attendre pour en faire que la convalescence du malade soit entièrement terminée. Mais, ce laps de temps écoulé, il est utile

d'éviter au malade des crises ultérieures plus ou moins tardives, qui pourront être graves ; son appendice est devenu fragile, vulnérable, et reste incomplètement guéri ; le malade prend une assurance sur l'avenir en acceptant l'intervention utile qu'est l'appendicectomie.

CONCLUSIONS

I. — La grippe abdominale comprend 1°, des manifestations gastro-intestinales, 2° des réactions péritonéales.

II. — Il faut établir une distinction entre les symptômes gastro-intestinaux au cours d'une grippe simple ou thoracique et les grippes à forme gastro-intestinale primitive. Ces dernières paraissent avoir été rares ; par contre, les symptômes d'embarras gastrique simple, au cours de toutes les formes de la grippe, ont été rencontrés assez souvent.

III. — La diarrhée dysentériforme, le mélœna ont été signalés. Dans les états typhoïdiques qui sont fréquents et les états cholériformes très exceptionnels, ce sont la septicémie et les déterminations pulmonaires qui constituent le « primum movens », et non pas les troubles intestinaux qui sont inconstants.

IV. — Dans la grippe de 1918-1919, on a vu des syndromes abdominaux aigus ou subaigus à la base

desquels il y a sans doute des lésions d'intensité variable, toutes les transitions étant possibles.

V. — Parmi ces syndromes, les uns sont précoces, bruyants, dramatiques, mais généralement bénins et tournant court sous l'influence du traitement symptomatique ; diète hydrique et glace sur le ventre.

VI. — Les autres sont des crises d'appendicite qui ont été observées aux divers stades de la grippe. En général, leur gravité modérée n'exige pas l'intervention immédiate et elles cèdent au traitement médical. Mais l'appendicectomie à froid après la convalescence sera une garantie pour l'avenir du malade. La grippe épidémique apparaît comme un important facteur d'appendicite.

Vu :
Le Président de Thèse,
CHAUFARD.

Vu :
Le Doyen
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Sur les manifestations gastro-intestinales de la grippe de 1918-1919

Bulletin de l'Académie de Médecine, séance du 1er octobre 1918.

Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris (séances des 11, 18, 25 octobre, 29 novembre, 20 décembre 1918, 7 février 1919).

JOLTRAIN et BAUFLE : La grippe, Maloine 1919.

CHOPINET : Les hémorragies au cours de la grippe, th. de Paris, 1919.

CASTAIGNE : *Journal Médical Français*, 16 nov. 1918.

PÉHU et LEDOUX : Revue générale sur la grippe, *Annales de Médecine*, n° 6, 1919.

Sur l'histoire des réactions péritonéales au cours de la grippe

VERNEUIL : De la grippe au point de vue chirurgical, *Bull. Ac. de Méd.*, 1890. n° 33.

FAISANS : Appendicites consécutives à la grippe, Bul. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 26 mars 1899.

MIRANDE : Syndrome appendiculaire sans lésion de l'appendice dans les affections thoraciques, *Th. de Paris*, 1900-01.

Franké ; Ueber pseudo-appendicitis, archives internationales de chirurgie, 1903-04.

Cheinisse : De la prétendue épidémicité de l'appendicite. *Semaine médicale*, 7 mars 1906.

Hutinel : Appendicite et pseudo-appendicite dans certaines maladies infectieuses, *Journal des Praticiens*, 27 avril 1908.

Mlle Schoumsky : Appendicite au cours de la rougeole et de quelques maladies infectieuses, th. de Paris, 1909.

Daussy : Appendicite et pneumonie, rapports, étude pathologique et clinique, th. de Paris, 1913.

Bérard et Vignard : Traité de l'appendicite, 1914.

E. Villard : Les fausses appendicites grippales, *Lyon Médical*, décembre 1918.

Mlle Le Conte-Boudeville : Sur quelques formes de grippe observées en 1918 à l'hôpital Cochin, thèse de Paris, 1919.

Presse Médicale, 1er mai 1919 : les appendicites hématogènes.

Marinoni. — Higia, déeembre 1918 : Quelques remarques à propos de l'épidémie de grippe.

J.-N. Hall et F.-G. Dyas. — L'appendicite séquelle de la grippe et de la pneumonie, au camp Logan. Journal of the American méd. assoc. Chicago, 8 mars 1919 ; (in Presse Médicale, 1er mai 1919).

Ollivier. — Syndrome péritonéal aigu sans lésion intestinale ou viscérale observé au cours d'une paratyphoïde B, th. de Paris, 1919.